



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
MAESTRIA SALUD PÚBLICA 2004-2006.



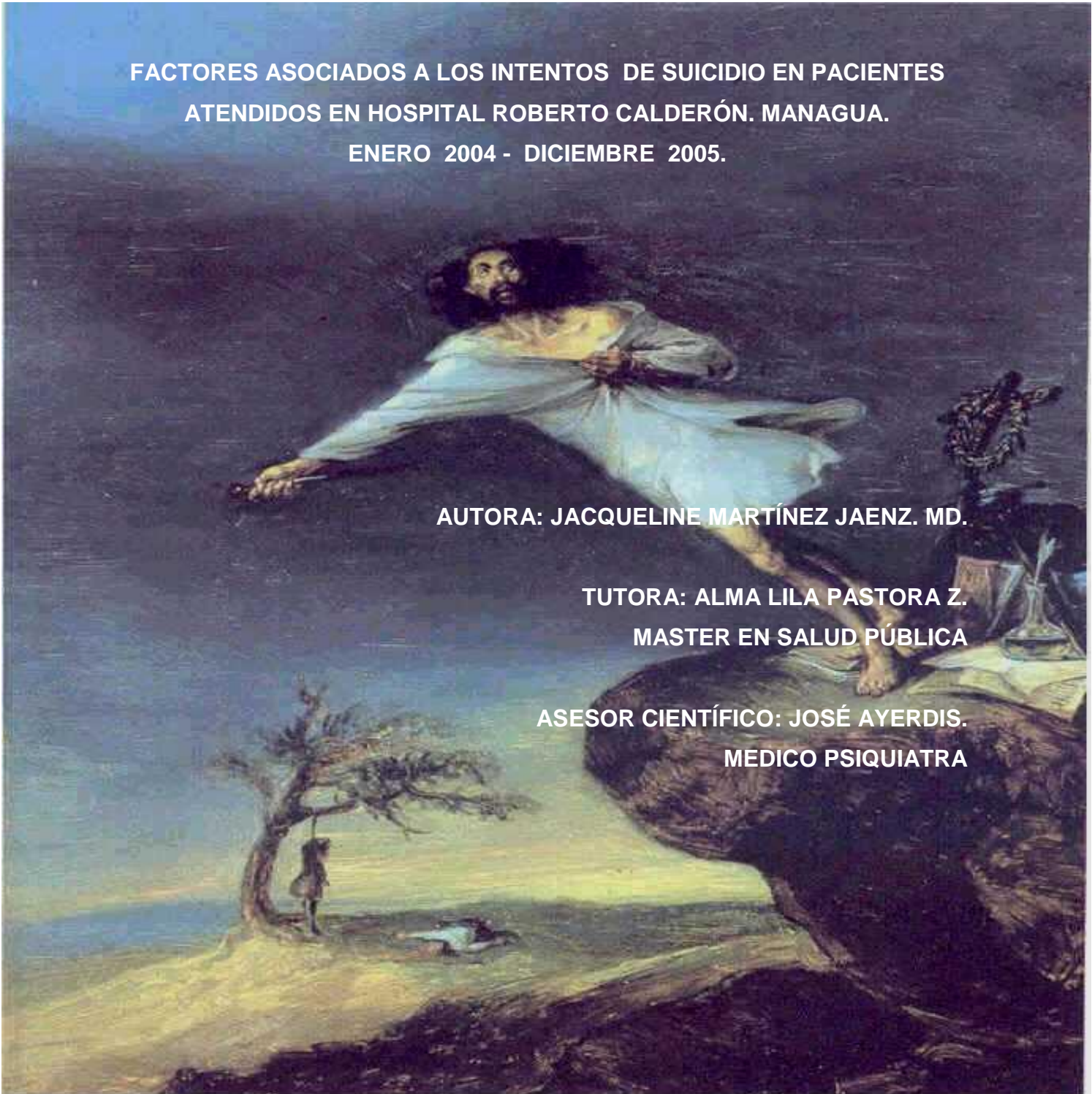
Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública.

**FACTORES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN HOSPITAL ROBERTO CALDERÓN. MANAGUA.
ENERO 2004 - DICIEMBRE 2005.**

AUTORA: JACQUELINE MARTÍNEZ JAENZ. MD.

**TUTORA: ALMA LILA PASTORA Z.
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESOR CIENTÍFICO: JOSÉ AYERDIS.
MEDICO PSIQUIATRA**



INDICE

<i>Resumen.....</i>	<i>i</i>
<i>Agradecimiento y Dedicatoria.....</i>	<i>ii</i>

	PÁGINAS
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
II. JUSTIFICACIÓN.....	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V. OBJETIVOS.....	9
VI. MARCO DE REFERENCIA	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
VIII. RESULTADOS	27
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	30
X. CONCLUSIONES.....	33
XI. RECOMENDACIONES.....	34
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	36

ANEXOS

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.

A: Dios y mi Virgencita que me han procurado salud y me han mostrado el camino a seguir.

A: mi Padre que desde el cielo se que esta orgulloso deseando lo mejor para mí y en su memoria he logrado realizar este post grado.

A: mi familia en especial a mi Madre que me ha apoyado siempre para alcanzar las metas que me he propuesto.

A: mi Novio Francisco Urbina M. por su amor y apoyo incondicional en la realización de mis anhelos.

A: mi Tutora y muy querida Maestra, Lic. Alma Lila Pastora Z. Por todo su empeño y disposición para lograr un excelente trabajo.

A: mi Asesor y estimado Amigo, Dr. José Ayerdis por el tiempo dedicado y sus valiosas recomendaciones.

A: todas aquellas personas especiales que colaboraron en la realización de este trabajo.

RESUMEN

El presente estudio fue realizado en el Hospital Roberto Calderón G. de Managua, durante el periodo de enero 2004 a diciembre 2005, con el objetivo de identificar los factores asociados a los intentos de suicidio de los pacientes ingresados en dicho Hospital.

Este estudio fue descriptivo y de corte transversal. El universo y la muestra lo constituyeron el 100% de los pacientes ingresados por intento de suicidio durante el periodo de estudio que fue de 79 en total. La unidad de análisis fueron los expedientes clínicos de los pacientes.

Entre los resultados más relevantes podemos mencionar los siguientes:

La población más afectada fue de los 15 a 30 años, correspondiendo a los grupos de edades de los adolescentes y adultos jóvenes, de sexo masculino, procedencia urbana, escolaridad primaria, estudiantes, solteros y sin hijos. La mayoría de los intentos de suicidio se efectuaron en horas de la tarde y la noche y en la casa de habitación.

Entre los factores presentes se encontró en la mayoría de los casos a los conflictos de familia tanto conflictos conyugales como violencia intrafamiliar, la depresión y el alcoholismo, además la autoestima baja, las enfermedades crónicas, el antecedente de intento de suicidio y el desempleo.

El método utilizado en su mayoría fue el envenenamiento por *fosfinas* y bajo la influencia del alcohol.

En cuanto al manejo clínico de los pacientes el tratamiento medico fue el adecuado para su estabilización y recuperación, no así su abordaje psicoterapéutico tanto a su ingreso como egreso hospitalario, en cuanto a la condición de egreso la mayoría fueron dados de alta, un tercio de ellos fallecieron y aunque el suicidio se consumó en éstos pacientes, se incluyeron en el estudio ya que cumplían con los criterios de inclusión del mismo, también se encontró un pequeño porcentaje de pacientes que abandonaron la unidad hospitalaria.

I. INTRODUCCIÓN.

La conducta suicida en las ultimas décadas ha demostrado una tendencia a elevar sus tasas de incidencia en el ámbito mundial, a pesar de grandes dificultades para el registro fiable de los suicidios en casi todos los países, debido a prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. (1)

En los últimos 45 años las tasas por suicidio han aumentado en 60 % a nivel mundial, en el año 2000 la tasa de mortalidad global por suicidio fue de 14.5 por 100.000 habitantes. Siendo los jóvenes y los adolescentes los más afectados, la relación entre suicidios frustrados y consumados se ha estimado en 40:1 en la mayoría de los países industrializados, mientras en los mayores de 55 años es de 2:1.(2) (3)

Además, el suicidio consumado es mucho más común en los jóvenes varones que en las mujeres, aunque éstas, en cambio, cometen intentos de suicidio con mucha más frecuencia. A medida que avanza la edad es menor la proporción intento de suicidio/suicidio, y aumenta la letalidad del intento.

En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que de 15 al 10% se suicidan, y que del 10% al 60% de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos. (4)

Entre los factores asociados a la conducta suicida se mencionan: la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes, conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja, estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones propias de la edad, las presiones para triunfar, algunas epidemias como el VIH/ SIDA entre otras enfermedades terminales. (5)

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad. (Prevención del suicidio, OMS 2001. (5)

En Nicaragua la tasa de suicidio para 1960 fue de 5 x 100.000 habitantes, en 1970 de 1 a 2 x 100.000 habitantes, en 1980 de 4 x 100.000 habitantes, en 1990 de 5 x 100.000 habitantes, en 2000 de 7.15 x100.000 habitantes, en 2001 de 7.19 x 100.000 habitantes, en 2002 de 6.74 x100.000 habitantes, en el 2003 de 6.5 x 100.000 habitantes. (6)(7)

Según el Ministerio de Salud de Nicaragua los más afectados son los adolescentes y jóvenes, entre los factores estudiados antecedentes de maltrato en la infancia y de aislamiento social, la depresión, trastornos psiquiátricos, el abuso de alcohol y las drogas, historia reciente de intento de suicidio. Los métodos más utilizados fueron fármacos en las no fatales y plaguicidas en las fatales, observándose alto índice de alcohol y repetición de la conducta suicida. La letalidad es muy alta en la mayoría de los hospitales donde funciona el sistema de vigilancia y el impacto en la muerte prematura es considerablemente alto. (8)

Con el presente estudio se pretende identificar el perfil epidemiológico de este fenómeno en uno de los Hospitales de Referencia Nacional de nuestro país con el fin de aportar a la implementación de acciones preventivas ya que sabemos que afecta en edades más tempranas a los países en vías de desarrollo, como el nuestro constituyendo un serio problema social, pues frustra miles de vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo Psicosocial.

II. ANTECEDENTES.

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, (9) y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, encontrándose datos sobre él, desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros. (10) (11)

En Nicaragua el suicidio se manifiesta como resultado de múltiples factores: antecedentes de guerras, conflictos políticos, desastres naturales, migraciones en ambos sentidos, altas tasa de desempleo, la pobreza, la falta de educación, poco acceso a los servicios básicos, problemas emocionales, las relaciones familiares, las relaciones de pareja, el abuso del alcohol y la drogadicción entre otras.(12)

El Programa de Salud Mental del MINSA de Nicaragua en el año 2000, definió que el suicidio y la conducta suicida serían una área de prioridad para la prevención atención y recuperación para lo cual se elaboraron normas para el abordaje de la conducta suicida, se han desarrollado procesos de capacitación al personal de salud mental en algunos SILAIS como Chinandega y León se han desarrollados planes intersectoriales para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes.

Durante el 2002 se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Regional Cesar Amador Molina, Matagalpa en donde se analizaron las causas de la conducta suicida en los pacientes que fueron ingresados en esta unidad por intento suicida y se encontró que el grupo étareo más afectado fue de los 15 a los 30 años, siendo los adolescentes los de mayor riesgo, en cuanto al sexo predominó el masculino, de escolaridad analfabeta, con primaria incompleta o completa, la causa más frecuente fue la violencia intra familiar especialmente los problemas conyugales y el método que más frecuente utilizaron fueron

agentes químicos como Gramoxone, fosfinas y los órganos fosforados y el tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 2 a 5 días. (13)

En un estudio realizado en Hospital Antonio Lenin Fonseca entre el 2001 y 2002 cuyo objetivo era identificar las principales diferencias de género relacionadas en la conducta suicida reveló que la población de riesgo son los adolescentes y los jóvenes, estudiantes, solteros con antecedentes de conflictos familiares, con predominio del sexo femenino en una proporción de 1.6 mujeres por 1 hombre, las mujeres utilizaron frecuentemente el envenenamiento y sobredosis de medicamentos y los hombres utilizaron medios más efectivos, el tratamiento principal de los pacientes fue la hospitalización y cuidados de las lesiones existiendo poco seguimiento de estos pacientes a su alta.(24)

En un estudio en 288 pacientes con tentativas de suicidio con tóxicos entre las edades de 10 a los 18 años en forma personal, en el Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños **SERTO**X entre 1990 y 1998 encontrándose que el 85 % eran mujeres y el método más utilizado en un 78.5% medicamentos de lo cual un 58.4% son psicofármacos, 31.5% mezcla de medicamentos. El 15.6% que no medicamentos el 77.8% son plaguicidas. El 65.6% utiliza cantidades abundantes de sustancias tóxicas y como en su mayoría (75%) concurren o son llevados tardíamente a la consulta (después de 1 hora) los cuadros clínicos son más complejos que en intoxicaciones accidentales: el 75% de los pacientes cursan con síntomas predominantemente neurológicos, de los cuales un 1.05% son graves y un 1.05% letales 3 pacientes de sexo femenino, con edades de 14, 16 y 19 años. Se comparan estos resultados con estudios previos de Tentativas de Suicidio en otras edades. Es necesario trabajar en forma interdisciplinaria y tratar de mejorar los conocimientos del personal sanitario sobre esta cuestión. (15)

En un estudio cuyo objetivo era identificar los nuevos síntomas suicidas que manejan los adolescentes caleños en la actualidad. Entre los resultados finales figuran: "la desensibilización que produce la repetición del auto castigo", "la recuperación espontánea como un agente engañoso en la conducta suicida",

"las consecuencias de la inestabilidad familiar en la actitud suicida". Respecto a los datos estadísticos el **DANE** está desactualizado, sin embargo la información fue extraída del Atlas de muerte violentas en Cali entre los años de 1993-1997, en el cual los adolescentes figuran con un 3% del total de muertes por suicidio. (16)

En un estudio descriptivo de corte transversal, en el área de salud urbana del Policlínico "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana con el propósito de identificar el comportamiento epidemiológico y de los factores Psicosociales asociados al intento suicida (IS) en el último trienio (1996-1998). En 41 personas con intentos suicidas, las principales conclusiones fueron: la tasa de prevalencia en el área de salud estudiada se mantiene estable, observándose un incremento importante en el grupo de edades de 15 a 19 años, las características epidemiológicas que predominaron en los pacientes estudiados fueron sexo femenino, raza blanca, estado civil soltero, nivel de escolaridad secundaria y como ocupación la de técnicos y obreros. Comprobamos que la depresión mayor, los sentimientos de culpa y desesperanza y el hogar desorganizado fueron los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida, y que las razones principales por las cuales intentaron suicidarse fueron: los sentimientos de soledad y minusvalía, la descompensación situacional y los conflictos amorosos. La mayoría de ellos no recibió atención de salud especializada después del IS y de los que la recibieron la mayoría la percibió como de regular calidad. (17)

En un estudio realizado en el hospital Psiquiátrico entre agosto 2003 y diciembre 2005 con el propósito de describir las características socio-demográficas, así como, examinar los métodos usados, el tiempo, el lugar de ocurrencia, motivos del intento de suicidio, intencionalidad y severidad de los intentos se estudiaron 204 casos encontrándose que el 51.5% de los intentos de suicidios fueron mujeres con predominio de los grupos etéreos entre 15-24 años, siendo la mayoría del área urbana. El nivel escolar mas afectado fue la secundaria con un 42.6% para ambos sexos. Según la ocupación el 28.9% del total de los intentos estaban empleados y un 23.6% desempleados. El 22.1% no tenían ninguna religión, y según el estado civil el 42.2% eran solteros \ as.

Intento de suicidio Hospital Roberto Calderón G.

También el 73% de los intentos ocurrieron en su casa de habitación, siendo el método más utilizado ahorcamiento con un 20.9%, y el 59.9 % de los intentos de suicidio expresaron haber tenido algún contacto previo con algunas unidades de salud. De acuerdo a la escala SIS el 23.3% de los varones y el 48.5% de las mujeres hizo un intento de suicidio severo.

III. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente en Nicaragua el suicidio representa un problema de salud pública ya que es la principal causa de muerte entre las edades de 15 a 34 años frustrando vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo Psicosocial además la afectación emocional, social y económica a los familiares, amigo y comunidad.

Según los reportes del Ministerio de Salud de Nicaragua en relación a los suicidios del 2000 al 2003, el SILAIS de Managua ha presentado la mayoría de los casos, por lo cual esta investigación se propone estudiar los factores asociados a los intentos suicidas en los pacientes que son atendidos en una de las unidades Hospitalaria de Referencia Nacional de Managua, como es el Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez y de esa manera contribuir a una visión más integral, reconocer la magnitud del mismo y generar aportes oportunos en los diferentes niveles de abordaje a esta problemática.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El suicidio es un severo problema social de orden mundial, la complejidad en cuanto a su multifactorialidad causal inciden negativamente en su prevención, abordaje y registro adecuado para programar y medir el impacto de las acciones, por lo cual se propone para este estudio como principal interrogante:

¿Cuales son los factores asociados a los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón de Managua en el período de enero del 2004 a diciembre del 2005?

Otras preguntas del estudio:

¿Cuales son las características sociodemográficas de los pacientes en estudio?

¿Cuáles son los factores sociales, biopsicologicos y económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados?

¿Cuáles son las circunstancias asociadas y el método utilizado en los pacientes atendidos?

¿Cuál fue el manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de salud?

V. OBJETIVOS.

V.1 Objetivo general:

Identificar los factores asociados a los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón del Departamento de Managua durante el período de enero del 2004 a diciembre del 2005.

V.2 Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
2. Valorar los factores sociales, biopsicologicos y económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados.
3. Describir las circunstancias asociadas y el método utilizado en los pacientes atendidos.
4. Analizar el manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de salud.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Dentro del comportamiento suicida, se pueden presentar diversas formas de manifestación, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Algunos consideran que el suicidio consumado no aparece antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas. (18)

El informe Mundial de la Violencia y Salud del 2002 de la OMS define que el comportamiento suicida va desde el pensamiento de quitarse la vida al planteamiento de matarse y la consumación del acto, muchas personas que tienen pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas e incluso las que intentan suicidarse puede que no tengan la intención de morir.

Durkein, citado en el documento de Salud Mental en el mundo define el suicidio como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado. Otros autores como Hendin en 1965 y Menninger en 1972 cuestionaron la definición de Durkein ya que los datos clínicos descubrían que la intencionalidad de la conducta suicida no siempre era la de matarse y a veces ni siquiera hacerse daño. (14)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio es el producto de dos factores:

- ✓ Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida.
- ✓ Las circunstancias externas que le llevan a actuar en un momento y lugar determinado.

El suicidio está considerado como un acto biológico, psicológico y social. En cuanto a lo biológico, la deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) se encuentra presente en la conducta impulsiva, (tal como sucede en pacientes

con trastorno depresivo). Se invoca además factores genéticos presentes en estos actos, como el que suele presentarse en determinadas familias. Con relación a lo psicológico, la depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes. También lo es la pérdida de un ser querido, o una situación que no se tolera, el chantaje o escapar ante un peligro real o irreal. (18)

Con el objetivo de unificar la terminología la OMS en 1969 propuso las siguientes definiciones:

Acto suicida: hecho por el cual un sujeto se causa lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.

Intento de suicidio: Acto cuyo resultado no fue la muerte.

La OMS clasifica las tasas de suicidios de una comunidad en bajas, medianas, altas y muy altas en función del número de suicidios por 100.000 habitantes por año, de modo que cifras menores de 5 por 100.000 habitantes se consideran como bajas tasa entre 5 y 15 como medianas, y entre 15 y 30 como altas y por encima de 30 muy altas. (19)

La esperanza de vida es muy utilizada para medir el estado de salud de la población y se define como el promedio de años que cabe esperar viva una persona de una determinada edad si se mantienen las tasas de mortalidad actuales. Los años de vida perdidos es otra medida del estado de salud de la población la cual se define como los años de vida que se pierden a causa de muerte prematura (antes de la edad arbitrariamente establecida). (20)

Factores Sociodemográficos:

Edad. Afortunadamente el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado siendo raros los casos de suicidio en menores de 12 años.

A partir de la adolescencia e inicio de la edad adulta las tasas de suicidio divergen en los diferentes países. Las personas ancianas constituyen el principal grupo de edad con las tasas más elevadas de suicidio consumado. (21)

Actualmente en Nicaragua el suicidio representa la principal causa de muerte entre los grupos de 15 a 34 años. Según los expertos consideran que por cada suicidio se producen entre 30 y 60 intentos podemos inferir que la carga de morbilidad en el país es grande especialmente en los años potenciales de vida perdidos. (21)

Sexo: La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, aunque también hay un incremento paulatino entre las mujeres.

Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres (3:1), los hombres logran sus objetivos con mayor frecuencia que las mujeres (3:1). Por lo cual a las mujeres jóvenes por lo general se les considera de menor riesgo, según los factores de riesgo relacionados con la edad y el sexo.

Distribución Geográfica: La incidencia de las conductas suicidas varía no solo entre los distintos países sino que incluso lo hace dentro del mismo país.

En general se puede decir que las tasas de suicidio y de las tentativas son más altas en las áreas urbanas siendo más elevadas cuando mayor es el número de habitantes de la ciudad.

Estado Civil: El suicidio es un hecho más frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. Diversos datos demuestran que las personas solteras tienen tasas de suicidio 2 veces superiores a los casados y en el caso de viudos y divorciados las tasas son de 3 y 5 veces superiores. Una excepción ocurre en los grupos

mas jóvenes (15-19 años) ya que la tasa de suicidio es de 1.5 y 1.7 veces superior en hombres y mujeres casadas respectivamente. (21)

Desempleo: Muchos estudios han demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante. Estudios en los países Nórdicos ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de las personas que cometen tentativas suicidas carecían de empleo.

Época del año, día y hora: la mayoría de las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son mas bajas en los meses de invierno, incrementándose durante los últimos meses del año, algunos autores señalan que el mes de enero como un mes de alta incidencia de suicidios.

Los días intermedios de la semana parecen ser los mas señalados para llevar a cabo las conductas suicidas, estando la mayoría de los estudios de acuerdo que la tarde y la noche serian los momentos de mayor riesgo a lo largo del día.

Factores familiares: casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio, realiza también una tentativa suicida.

En la hipótesis las explicaciones propuestas pueden agruparse en dos categorías fundamentales: el fenómeno psicológico de la identificación con el familiar suicida y los factores genéticos en la transmisión de la conducta suicida.

Factores Psicológicos y Psicopatológicos:

Para el psicoanálisis, el suicidio representa una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado.

Algunos estudios encuentran que aquellos individuos que presenta características suicidas tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, su amor propio es escaso y menos confiados que los no suicidas.

Estudios epidemiológicos realizados en adultos encuentran que entre el 90-100 % de las personas suicidas presenta un trastorno mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia que al asociarse a sucesos adversos tales como pobreza, desempleo, pérdida de personas queridas, discusiones con la familia o los amigos y problemas legales aumentan el riesgo de atentar contra si mismas.(22) Según la OPS la depresión constituye el 65 % de los intentos suicidas (19) y del 30 al 90 % de suicidio.(23)

En Estados unidos la relación suicidio-alcohol varía desde 28 a 53 % y frecuentemente se asocia al uso de armas de fuego, sin embargo, en otros países como Australia se asocia tanto al uso de armas de fuego como a otras sustancias. El alcohol esta involucrado en el 15 a 64 % de los intentos suicidas. (27)

En relación al conflicto familiar en Europa se correlaciono altas tasas de suicidio con la caída en las tasas de matrimonio y aumento en el numero de parejas divorciadas, además se demostró que personas con desordenes mentales y conflictos familiares aumentaban el riesgo de suicidio en 9 veces. (23)

La enfermedad física, sobre todo si es incapacitante, dolorosa, crónica o incurable, esta presente en el 20 al 70 % de los suicidios a nivel mundial. (21)

Métodos suicidas:

En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores como la disponibilidad y la accesibilidad de los mismos, la aceptación sociocultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que respecta al método utilizado en función de variables como el sexo, edad, medio rural o urbano, y la latitud geográfica estudiada. Los varones prefieren métodos suicidas más violentos, las mujeres en comparación suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos. (27)

Otro hecho digno de mención es que los métodos suicidas varían con el paso del tiempo, muchas veces en función de la disponibilidad de los mismos.

En lo que a tentativa se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método mas utilizado. (24)

Entre estos medicamentos se encuentran las Benzodiacepinas que están indicadas en el tratamiento de la ansiedad, depresión, terrores, insomnio, alteraciones músculo esquelético, convulsiones, síndrome de abstinencia por alcohol y como tratamiento coadyuvante en la anestesia. Debido a su amplia disponibilidad, es la intoxicación medicamentosa más frecuente. Generalmente, se produce por la ingestión del fármaco con fines auto lítico, con frecuencia acompañado por alcohol etílico y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobre dosis de drogas de abuso y es utilizado por los drogadictos para disminuir los síntomas de los síndromes de abstinencia.

La mortalidad en los casos de intoxicación sola por Benzodiacepinas es rara (DL 50 1.6 gr. /Kg.) pero con frecuencia estas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en mas de 75 % de los casos) potenciándose sus efectos. En un estudio multicentrico, efectuado en 317 intoxicados agudos con carácter grave solo fallecieron 5 pacientes por intoxicación medicamentosa estando las Benzodiacepinas implicadas en 4 de ellos (en tres asociada con otros fármacos y solo en un caso como único responsable).

La Carbamacepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por si misma no es grave y salvo complicaciones sobreañadidas, los pacientes se recuperan a las 48 horas aun después de la ingesta de dosis masivas. En los casos descritos de evolución fatal, aparecen complicaciones respiratorias, siendo la mas frecuente la insuficiencia respiratoria aguda por aspiración de contenido gástrico. Con respecto a los efectos tóxicos relacionados con la dosis en las intoxicaciones agudas, se ven descrito casos que han sobrevivido después de la ingestión de 80 gr. La mayoría de los casos no fatales descritos han sido después de la ingestión de 60 gr. de forma aguda

o bien después de la ingestión de 60 gr. en un paciente con un tratamiento crónico.

El paracetamol o Acetaminofen posee efecto antipirético y analgésico, la dosis requerida para producir toxicidad es desconocida, ya que varía en función de la actividad del citocromo P-450(variable entre personas), cantidad de glutatión y su capacidad de regeneración. Sin embargo, en varios estudios retrospectivos se sugiere que puede existir toxicidad con una dosis única superior a 250 mg/Kg. De peso, pero se prefiere aceptar una dosis menor para definir el riesgo de toxicidad, quedando esta en una sola dosis de 7.5 gr. o más en adultos o 140-150 mg/Kg. de peso en niños.

La intoxicación suele ocurrir dentro de distintos contextos, siendo él mas frecuente con enorme diferencia sobre el resto la ingestión intencionada aguda en grandes dosis con fines suicidas. También se ha descrito la ingestión accidental y la coingestion de grandes dosis, no intencionadas, con fármacos opiáceos como el propoxifeno o la codeína. Otras formas de sobre dosificación son el calculo erróneo de las dosis, excesiva automedicación por parte del enfermo, el uso de formulas de adulto para niños u otros errores en el reconocimiento de las distintas formas de presentación del medicamento o incluso la adulteración del producto. (25)

Los valores culturales y las políticas sociales influyen también en las preferencias por los métodos de suicidio. En las diferentes sociedades agrarias, los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular de suicidio.

Uno de los plaguicidas más peligrosos de y más utilizado en nuestro medio es el fosforo de aluminio el cual esta destinado a ser utilizado en la agricultura para conservar cosechas; se presenta en tabletas de 0.6 hasta 3 gr., es un producto muy toxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20 mg/Kg. de peso. En Nicaragua la morbilidad por esta sustancia es de 4/100.00, la mortalidad entre 1-2/100.000 y la letalidad entre 30 y 45 %. Es utilizado en la mayoría de las veces para intento de suicido. (26)

El paraquat es un herbicida que pertenece a la familia de los bupiridilos, es hidrosoluble. En Nicaragua las presentaciones mas frecuentes varían de 20 a 40 % de concentración. La dosis letal para el ser humano se ha calculado en 30 mg/Kg. de peso la incidencia es de 4/100.000 y la letalidad de 16 %.La forma principal de intoxicación es intencional.

Los órganos fosforados se utilizan como insecticidas, nematocidas, herbicidas, fungicidas y en la industria es liposoluble y al presentación varia de 20 al 70 % de principio activo. La dosis letal varía de acuerdo al tipo de producto, pero en general son de alta toxicidad (DL 50 0-50 mg/Kg.) y moderada toxicidad (DL 50 50-500 mg/Kg.). En Nicaragua la morbilidad es de 9.6/100.000, la mortalidad de 1/100.00 y la letalidad es de 8 %.(26)

Poblaciones especificas de alto riesgo: En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes de la sociedad. (27)

Los rasgos de personalidad más frecuentes de los adolescentes suicidas son: impulsividad, rabia y baja tolerancia a las frustraciones.

A medida que avanza la edad hay mayor riesgo de suicidio ya que las personas ancianas tienen un propósito mas firme de encontrar la muerte y en ellos hay etiología multifactorial: soledad, aislamiento, enfermedad somática, depresión, etc.

Evaluación del riesgo de suicidio en servicios de urgencias: La evaluación del riesgo de suicidio en urgencias es una de las tareas más importantes y de mayor responsabilidad dentro de la práctica psiquiátrica. Es fundamental tener en cuenta una serie de factores y poseer buena técnica de entrevista con el fin de obtener información completa. (21)

Intervenciones terapéuticas:

Identificación precoz de los pacientes de riesgo, plan integral de atención al sujeto con riesgo suicida:

- ✓ Diagnostico de la situación al sujeto con riesgo suicida, del paciente y su entorno.
- ✓ Contención del riesgo suicida inmediato.
- ✓ Plan de asistencia a medio y largo plazo.

Terapia Psicoterapéutica y tratamiento psicofármaco lógico la estrecha relación terapeuta-paciente nos permite el enfoque de la situación aguda y las psicoterapias más utilizadas son de inspiración dinámica y orientación cognitiva.

Principios generales del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo: La prevalencia de estos alcanza un 20 % en los niveles de atención primaria y medicina general, algunas claves en el cuadro clínico deben levantar sospechas como existencia de tratamientos previos por episodios depresivos antecedentes de intentos suicidas, historia familiar por estas causas, existencia de alcoholismo y abuso de drogas. (20)

Si el medico estima que el riesgo de suicidio es alto el paciente requiere consulta psiquiátrica con hospitalización y en algunos casos los familiares y amigos pueden encargarse de vigilar al paciente.

Señales de peligro:

- ✓ Cambios inexplicables en los hábitos de comer, vestir y dormir.
- ✓ Retraimiento o evasión de amistades, familiares o de actividades cotidianas.
- ✓ Conducta violenta y/o comportamiento rebelde.
- ✓ Uso inmoderado del alcohol u otras drogas.
- ✓ Abandono inusual del cuidado y la apariencia personal.
- ✓ Cambios notorios y extraños de la personalidad

- ✓ Aburrimiento persistente, dificultades para concentrarse o deterioro inusual en la calidad de trabajo.
- ✓ Pérdida del interés en distracciones y en las relaciones sociales, en especial las afectivas.
- ✓ Presentación de múltiples quejas somáticas como cefaleas, dolor abdominal y fatiga crónica asociado a estados emocionales.
- ✓ Hablar frecuentemente "del Fin", "de que sería mejor no estar aquí", "pronto terminara todo" o frases que indican alguna forma de despedida.(20) (28)

Abordaje del suicidio en el Ministerio de Salud de Nicaragua:

El abordaje del suicidio en Nicaragua establece muy claramente disposiciones generales a nivel Nacional y a nivel del Ministerio de Salud que consisten acciones administrativas, acciones de participación popular y coordinación intersectorial y las normas a seguir para la atención al paciente con riesgo suicida.

Dentro de las acciones administrativas esta la inclusión de temas relacionados al suicidio en la curricula de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, la capacitación al personal de salud de primer y segundo nivel, en especial emergencia, observación y jefes de servicios de internamiento, asegurar que en cada cabecera de SILAIS se cuente con personal mínimo de Salud Mental, de preferencia un psiquiatra y un psicólogo en el caso de Managua, en cada hospital principal un(a) psiquiatra, un(a) psicólogo(a) y un(a) trabajador(a) social y brindar todo el apoyo institucional para el adecuado abordaje de estos pacientes.

Así mismo las acciones de participación popular y coordinación intersectorial son la clave con su participación activa en el proceso terapéutico. La Asociación Nicaragüense de Psiquiatría ha integrado una Comisión ad hoc con el Ministerio de Salud y a su vez se debe procurar la incorporación de otras organizaciones profesionales afines para un abordaje multidisciplinario, con base científica y debidamente articulado.

Las normas a seguir para la atención al paciente con riesgo suicida:

1. Todo paciente que consulta por ideas o intentos suicidas, si llega personalmente, le llevan familiares o amigos; o se detecta en el interrogatorio cuando consulta por otra causa, deberá tenerse como emergencia y no podrá dejarse ir a su casa como se hace usualmente.
2. Si ya realizó el intento, la acción no debe reducirse a aliviar el daño físico (lavado gástrico, sutura de heridas, etc.).
3. Deberá permanecer en observación, interrogársele exhaustivamente según lo permita su estado, investigar ampliamente el caso con la familia, compañeros de trabajo, de estudio, amigos y allegados, hasta tener una idea clara de su manera de ser habitual y de los cambios observados recientemente por quienes le conocen.
4. Se deberá proceder a evaluar el grado de riesgo suicida y de acuerdo al mismo se tomará la decisión de la conducta a seguir.
5. Se advertirá al paciente, su familia y personas de su entorno de la gravedad del asunto, de la conducta más adecuada para afrontar el problema y de la necesidad de la colaboración de todos.
6. Si se duda sobre la gravedad del riesgo, es imperativo pecar por exceso e internar al paciente. El personal del Centro debe estar advertido que en casos de grave riesgo los intentos suelen repetirse en el seno de la unidad y que un 10% lo logran. El potencial suicida amerita vigilancia cercana todos los segundos de cada 24 horas.
7. Si el personal de la unidad no se considera con la capacidad suficiente para tratar el caso y cuenta en su SILAIS o en el vecino con personal del Programa de Salud Mental, deberá referirlo con amplias explicaciones a la familia que deberá acompañarlo, o en su defecto, un miembro del

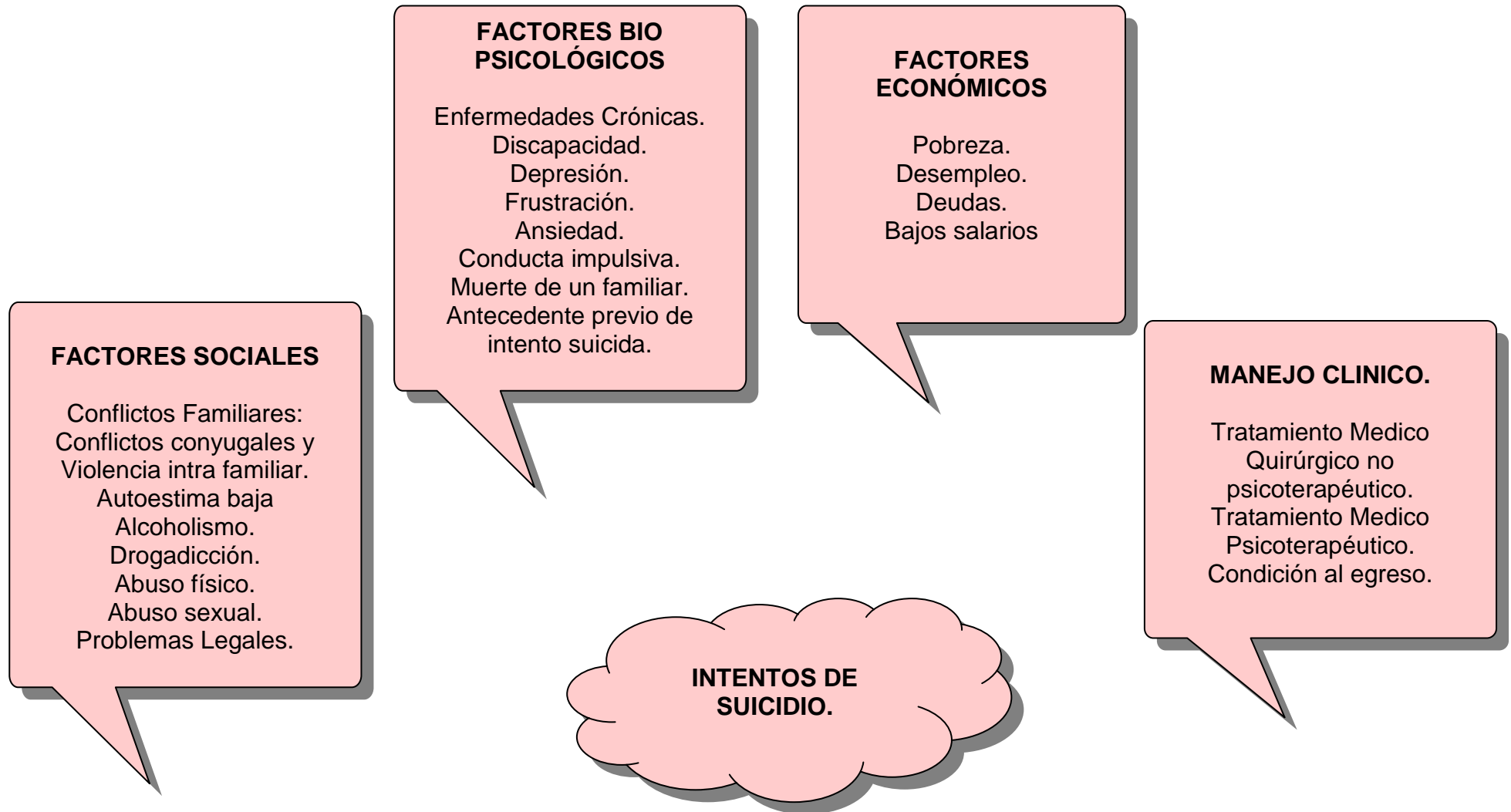
personal ; y estar preparados para recibirlo una vez que el equipo especializado lo haya sacado de la crisis y lo devuelva con una contrarreferencia completa, para su seguimiento sistemático, que implica visitas domiciliarias si el paciente rehúsa regresar y la familia no puede o no quiere colaborar.

8. En todos los casos, el Director del Hospital a que ha sido referido no deberá ni podrá rehusar su ingreso, con base en la Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes por causa psiquiátrica en el hospital de su comunidad, pero más en este caso, pues es un paciente que está más cerca de la muerte que algunos admitidos con enfermedades “convencionales”.
9. En caso de que la familia rehusé el internamiento a pesar de los razonamientos que use el personal tratante para persuadirles, deber exigirse la firma de un documento de exoneración de responsabilidad por parte del familiar responsable.
10. No obstante, esto no libera al equipo tratante de la responsabilidad de continuar el tratamiento ambulatorio con consultas diarias mientras dura la crisis aguda, hasta que se considere libre de riesgo inminente, aumentando el intervalo de las citas según evolución y en dependencia del diagnóstico de la patología subyacente en caso de que exista alguna (depresión, esquizofrenia, epilepsia, etc.). Se deberá advertir a la familia que el paciente debe ser vigilado permanentemente, que unos pocos minutos dentro del baño bastan para matarse o de soledad en el dormitorio para ahorcarse.
11. Ningún caso detectado con ideas o intentos suicidas en las emergencias o consultas de dichos centros, deberá ser enviado a su casa o a pedir cita. Se deberá establecer la consulta inmediata en las horas laborales, o dejar en observación y pasarlo a los especialistas a primera hora. En todo caso, el personal que detecta no deberá limitarse a escribir la referencia sino a dejar en contacto al paciente con el personal

especializado. En caso de períodos prolongados (fines de semana, vacaciones, etc.), el paciente se enviará a la emergencia del Hospital Psiquiátrico.

12. De ser necesaria la medicación para el problema subyacente detectado, deberá entregarse la dosis a la familia, recomendando administrarle la dosis individual y enllavar el resto y nunca darles provisión total del fármaco que se acerque ni remotamente a la dosis letal.
13. Tener en cuenta que en los pacientes deprimidos, entre quienes es más frecuente el suicidio, el riesgo aumenta a partir de las dos primeras semanas de tratamiento antidepresivo, pues se incrementan los actos voluntarios. Advertirle a la familia o acompañantes.
14. Recordar que la conducta humana es de origen multicausal y no debemos contentarnos con buscar una causa vivencial externa reciente para atribuirle carácter etiológico. La investigación debe ser completa y la estrategia de intervención terapéutica será integral, utilizando los recursos de la institución, del paciente, de su familia y de su entorno social, incluyendo el religioso, educativo y laboral.

MODELO EXPLICATIVO.



VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

a). Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal en donde se analizaron los factores asociados a los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Hospital Escuela Roberto Calderón del departamento de Managua durante el periodo de enero del 2004 a diciembre 2005.

b). Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Escuela Roberto Calderón del SILAIS de Managua, el cual es un Hospital de Referencia Nacional.

c). Universo y la muestra

Lo constituyeron el 100 % de los pacientes ingresados en el Hospital Escuela Roberto Calderón por intento de suicidio en el periodo de enero del 2004 a diciembre 2005. El número de pacientes ingresados fue de 79 en total.

d). Unidad de análisis

Expediente clínico de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria con impresión diagnóstica de intento suicida.

e) Criterios de inclusión

- ❖ Paciente vivo que al ser ingresado en la unidad hospitalaria su impresión diagnóstica fue intento suicida.
- ❖ Expediente clínico completo.

f). Fuente de Información

Secundaria: se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes ingresados por intento de suicidio, en el período de estudio.

g). Mecanismos de obtención de la información

Para el llenado de la información se diseñó un formato en donde se recibieron los datos de interés del expediente clínico. Se realizó la validación del mismo.

Para la recolección de la información se solicitó permiso al Director del Hospital Roberto Calderón y posteriormente se coordinó con el responsable del departamento de estadísticas para acceder a los expedientes clínicos de los pacientes ingresados.

h). Procesamiento de la información

El procesamiento de la información se realizó a través del programa de EPI INFO 3. 2. y el programa de Excel para la elaboración de tablas y gráficos.

i). Variables del estudio

Objetivo No 1: Características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Existencia de hijos
- Fecha del intento
- Hora del intento
- Lugar donde ocurrió el intento
- Intento de suicidio

Objetivo No 2: Factores asociados que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes atendidos.

- Factores sociales
- Factores biopsicologicos
- Factores económicos

Objetivo No 3: Circunstancias asociadas y el método utilizado en los pacientes atendidos.

- Circunstancias asociadas
- Método.

Objetivo No 4: Manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de salud.

- Tratamiento médico-quirúrgico no psicoterapéutico
- Tratamiento médico Psicoterapéutico
- Condición al egreso

j). El plan de análisis:

Se realizó análisis univariado correspondiente de los datos.

VIII. RESULTADOS

Para el presente estudio, se revisaron un total de 79 expedientes clínicos de los pacientes que fueron ingresados por intento de suicidio en el Hospital Roberto Calderón G. de Managua durante el periodo de enero 2004 a Diciembre del 2005.

Características sociodemográficas de los pacientes:

Según el grupo de **edad** el más afectado fue adulto joven (21 a 30 años) con 43%(34), seguido por el grupo de adolescentes (15 a 20 años) con 30%(24) y en menor frecuencia los grupos adulto mayor (31 a 50 años) con 14%(11) y mayores de 51 años 13%(10), con una Mediana de 24 años.

Con respecto al **sexo** el 53%(42) fueron Hombres y 47%(37) mujeres.

En cuanto a la **procedencia** el 61%(48) eran urbanos, 29%(23) rurales y 10%(8) urbano marginales.

De acuerdo al grado de **escolaridad** el 48%(38) primaria, 31%(25) secundaria, 9%(7) ninguna, 5%(4) universidad, 4%(3) profesional y 3%(2) técnico.

Según la **ocupación** el 22%(17) eran estudiantes, un 20%(16) amas de casa, un 19%(15) comerciantes y sin ninguna ocupación y un 10%(8) agricultores y técnicos.

En relación al **estado civil** el 57%(45) eran solteros, 20%(16) acompañados, 17%(13) casados y 6%(5) viudos. Ver en Anexos, Tabla No 1.

Según la **existencia de hijos** se encontró que el 56%(44) no tenían hijos y el 44%(35) sí. Ver en Anexos, Grafico No 1.

Con respecto a la **fecha del intento de suicidio** los **días** en que se registraron mas intentos fueron: domingo y lunes con 21%(17) y 20%(16) respectivamente, seguido por el día sábado con 14%(11), jueves y viernes con un 13%(10) y por ultimo el miércoles y martes con un 10%(8) y 9%(7) respectivamente; y según los **meses** los mas frecuentes fueron Abril y Noviembre con un 14%(11) y 13%(10) respectivamente, seguido por los meses de marzo, junio, septiembre y octubre con un 10%(8), enero con 9%(7),

mayo con 6%(5), agosto y diciembre con 5%(4), febrero y julio con un 4%(3). Ver anexos, Tabla No 3.

Con relación a la **hora de ocurrencia** del intento de suicidio la mayoría fueron durante las horas de la tarde con un 45%(34), seguido por las horas de la noche con un 36%(27) y en menor frecuencia durante las horas de la mañana con 19%(14). Ver en Anexos, Grafico No 2.

Según el **lugar de ocurrencia** del intento de suicidio el 92%(73) fueron en el domicilio y el 8%(6) fuera del mismo. Ver en Anexos, Grafico No 3.

Factores asociados al intento de suicidio:

En relación a los factores sociales, se encontró presente en el 100% los **conflictos de familia** presentándose los conflictos conyugales en el 60%(43) y la violencia intrafamiliar en el 40%(29), el **alcoholismo** se encontró presente en el 40%(30), la **autoestima baja** en un 32%(25), la drogadicción en el 11%(9) , el abuso sexual y físico en 6%(5), y 1%(1) problemas con la justicia; entre los factores biopsicologicos la **depresión** se presentó en un 56%(44), el **antecedente previo de intento de suicidio** en 20%(16), correspondiendo 15%(12) a un intento, 2.5%(2) a dos y a más de tres intentos, las **enfermedades crónicas** (Hipertensión Arterial, Osteoartritis y Diabetes) representaron un 20%(16), la ansiedad 8%(6), frustración 5%(4), conducta impulsiva 4%(3), muerte de un familiar (hijos) 3%(2) y 1%(1) la discapacidad, en relación a los factores económicos se encontró un 15%(12) desempleo y 1%(1) bajo salario.

Ver en Anexos, Cuadro No 1.

Dentro de las circunstancias asociadas al intento de suicidio:

Al momento de tomar la decisión de intentar suicidarse el 44%(35) estaba bajo la influencia del **alcohol** y 10%(8) de **drogas ilegales**, el resto de los pacientes no se encontraba bajo el efecto de ninguna de las dos sustancias. .

Ver en Anexos, Grafico No 4.

El método utilizado en su mayoría fue el **envenenamiento** con 62%(49), del cual el 56%(44) fue por **fosfinas** y el 6%(5) *órganos fosforados*, el restante 38%(30) fue por **sobredosis medicamentosa** (*Diazepan*, *ASA*, *Antihipertensivos*). Ver en Anexos, Tabla No 8.

Manejo clínico de los pacientes atendidos:

El **tratamiento médico-quirúrgico** que precede al tratamiento psicoterapéutico, fue el adecuado en todos los pacientes, ya que se correspondió con el seguimiento de protocolos establecidos de acuerdo al método utilizado en el intento de suicidio, en el caso de envenenamiento por *fosfinas*, la aplicación de el protocolo de manejo de intoxicación por *fosfinas* al 100%(44) de los casos, en los envenenamientos por *órganos fosforados*, la aplicación de el protocolo de manejo de intoxicación por *órganos fosforados* al 100%(5) de los casos y en las sobredosis medicamentosas, la aplicación del protocolo de manejo de cada una de las sobredosis medicamentosa al 100%(30) de los casos y en ninguno de los pacientes se realizaron técnicas quirúrgicas ya que no las ameritaron. Ver en Anexos, Cuadro No 3.

Según el **tratamiento medico psicoterapéutico**, que consiste en la valoración intrahospitalaria durante su ingreso, esta se efectuó al 48%(38) de los pacientes y el seguimiento posterior a su egreso se realizo al 46%(36), correspondiendo un 38%(30) a referencias a la consulta externa del Hospital Roberto Calderón y un 19% a referencias a la atención primaria en salud, lo cual evidencia un inadecuado abordaje psicoterapéutico según las normas de prevención del suicidio en Nicaragua, al no cumplirse en el 100% en ambos casos. Ver en Anexos, Cuadro No 3.

En relación a la **condición de egreso** el 60% fueron dados de alta, 32% fallecieron, 6% abandonaron y 2% se fugó.
Ver en Anexos, Cuadro No 3.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Los grupos de edades mas afectados con intento de suicidio fueron los adultos jóvenes y adolescentes representando más de dos tercio de los casos, lo que corresponde con las investigaciones existentes en la literatura a nivel mundial. (12). De igual manera el sistema de vigilancia de la UNAN León reporto que mas de dos tercios de los intentos de suicidio correspondían a las edades entre 19-24 años (32).

En relación al sexo los intentos de suicidios se presentaron con mayor frecuencia en los hombres que las mujeres, contrario a lo refiere la literatura que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres con una relación de 3:1 y a su vez los hombres logran el suicidio con una relación 3:1.

La procedencia en su mayoría corresponde al área urbana, la literatura revela el fenómeno del comportamiento suicida como un evento urbano.

El grado de escolaridad que predominó fue primario, seguido por secundaria, ninguna escolaridad, universidad, profesional y técnico en orden de frecuencia.

Con relación a la ocupación sobresalen los estudiantes y amas de casa. La mayoría eran solteros y no tenían hijos, lo cual se relaciona con los grupos de edades mas afectadas y coincide con la literatura que muestra que las personas sin hijos y solteros tienen mayor predisposición al intento suicida ya que se encuentran solos y los sentimientos de tristeza los hacen mas vulnerables. (30)

Con respecto a la fecha de ocurrencia del intento de suicidio, los días en que mas se presentaron fueron: domingo y lunes coincidiendo con lo señalado por la literatura con respecto al comportamiento cultural de las personas en los fines de semana, días de diversión con mayor consumo de alcohol o

drogas y los meses con más frecuencia de intento de suicidio fueron abril y noviembre, lo que se corresponde con el estudio efectuado por la UNAN León (32) (33).

En relación a las horas de ocurrencia del intento de suicidio, la mayoría se presentaron por la tarde y la noche, que significa los dos tercios de tiempo del día. Esto coincide con literatura revisada a nivel internacional (plagsalud 2001).

La mayoría de los intentos suicida ocurrieron en el domicilio correspondiendo con la literatura que señala que la casa es un ambiente propio para desarrollar relaciones agradables, o desagradables como conflictos conyugales y violencia intrafamiliar que pueden desencadenar intentos suicidas. (29).

Según las circunstancias asociadas al intento de suicidio el abuso del alcohol y drogas ilegales se registró en más de la mitad de los casos y el método más utilizado para realizar el intento de suicidio fue el envenenamiento por *Fosfinas*, lo que coincide con estudios realizados en nuestro país y Latino América.(12)(13)(15)(24).

En cuanto a los factores presentes en el intento de suicidio se encontró en la totalidad de los casos los conflictos familiares (problemas conyugales y violencia intrafamiliar), lo que coincide con estudios realizados en León (31) y en poco más de la mitad de los casos se encontró presente la depresión, lo que también coincide con los estudios realizados a nivel internacional y nacional reportados por la OMS además la presencia de estos dos factores: los conflictos familiares y la depresión se relaciona con los grupos de edades más afectados adultos y adolescentes y su ocupación estudiantes y amas de casa.

En cuanto al manejo clínico de los pacientes con intento de suicidio, todos los pacientes que asistieron al Hospital Roberto Calderón G. por Intento de suicidio recibieron el tratamiento medico-quirúrgico adecuado ya que fueron hospitalizados para su estabilización y recuperación hemodinámica según protocolos de manejos establecidos y en ninguno de los casos fue necesaria la aplicación de técnicas quirúrgicas.

Sin embargo en cuanto al tratamiento medico psicoterapéutico se evidenció la deficiencia del mismo tanto en la evaluación a su ingreso y el seguimiento de los pacientes a su egreso, lo cual según estudios de seguimiento en pacientes con intento de suicidio favorece la recurrencia de nuevos intentos, los cuales van aumentando la letalidad y mayor probabilidad de consumación del suicidio. (4)

En cuanto a la condición de egreso de los pacientes con intento de suicidio la mayoría fueron dados de alta, un tercio de ellos fallecieron y aunque el suicidio se consumó en éstos pacientes, se incluyeron en el estudio ya que cumplían con los criterios de inclusión del mismo y se encontró un pequeño porcentaje de pacientes que abandonaron la unidad hospitalaria.

X. CONCLUSIONES

Del estudio de los factores asociados al intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón G. de Managua durante el período de enero 2004 a diciembre 2005 se concluye lo siguiente:

1. Se identificó que el grupo de edad más afectada por los intentos de suicidio son los adultos jóvenes, sexo masculino, de procedencia urbana, con escolaridad primaria, de ocupación estudiantes, solteros y sin hijos. Prefiriendo los fines de semana, los meses de abril y noviembre así como las horas de la tarde y su domicilio para realizar en intento de suicidio.
2. Según los factores asociados al intento se encontró presente principalmente los conflictos de familia (conflictos conyugales y violencia intrafamiliar) y la depresión, además el alcoholismo y autoestima baja, las enfermedades crónicas y el antecedente de intento de suicidio y el desempleo.
3. Al momento de la lesión la mayoría ingirieron alcohol y el método más utilizado fue el envenenamiento por *Fosfuro de Aluminio (fosfinas)* y además la sobredosis medicamentosa.
4. En cuanto al manejo clínico de los pacientes, éste fue evaluado en base al tratamiento medico-quirúrgico de los pacientes mediante la aplicación de los protocolos de manejo según el método utilizado para el intento de suicidio, el cual fue adecuado y el tratamiento medico psicoterapéutico realizado en comparación a las normas de abordaje de prevención del suicidio en Nicaragua, el cual fue inadecuado y en relación a la condición del egreso, la mayoría fueron dados de alta, un tercio de los pacientes fallecieron y algunos abandonaron la unidad hospitalaria.

XI. RECOMENDACIONES

A nivel Gubernamental:

- Ejecutar procesos de evaluación y control a los expendios de plaguicidas evitando la libre comercialización de los mismos para fines de autodestructivos especialmente con el *Fosfuro de Aluminio (Fosfinas)* y *Órganos Fosforados*.
- Monitorear el funcionamiento de los establecimientos con autorización para la venta y distribución de medicamentos con la finalidad de restringir el consumo inadecuado de los fármacos con propósitos auto lesivo, con énfasis en el seguimiento a los psicofármacos.
- Divulgación e implementación de las políticas y planes nacionales para la prevención del suicidio a nivel multisectorial.
- Restringir en los medios de comunicación la promoción de bebidas alcohólicas y estilos de vida no saludables.
- Promoción del desarrollo humano y calidad de vida a través de alternativas educativas, laborales, sociales y de salud a la población.

A nivel del Sistema de Salud:

- Garantizar una adecuada coordinación del programa de Salud Mental con el resto de servicios de salud.
- Garantizar la existencia y funcionamiento del equipo completo de Salud Mental en las unidades hospitalarias.

- Entrenamiento y sensibilización del personal de salud hospitalario y atención primaria en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes con intento de suicidio con énfasis en el seguimiento a través de la adecuada referencia y contrarreferencia.
- Coordinación multisectorial para el apoyo y tratamiento de las poblaciones en riesgo de intento suicida, sobrevivientes, familiares, amigos y comunidad.

A los Pacientes y Familiares:

- Los pacientes y/o la familia deben de buscar ayuda psicológica en las unidades de salud ante la idea y/o sospecha de intento de suicidio a consecuencia de problemas como: conflictos familiares, conyugales, estados depresivos, alcoholismo o de otra índole.
- La familia debe sensibilizarse y comprometerse con el paciente mejorando la comunicación para estimularlo en su tratamiento y rehabilitación.
- El paciente y la familia deben involucrarse en actividades recreativas de su comunidad y establecer redes de autoayuda.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Dublin L. Suicide: a sociological and statistical study. New York: Ronald Press; 1963:9-22.
2. Mesa JP. El suicidio en la vejez. En: Buendía J. ed. Envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI; 1994. p. 299-311.
3. Hendin H. Suicide in America. New York: Brunner, Mazel; 1997:34-54.
4. Dieste Sánchez, W., Álvarez González I., Carrillo Salomón R., et al... Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Municipio Boyeros, 1995. Rev. Cubana Med Gen Integra 1998; 16 (2):149-55.
5. Disponible en URL: wwwsicologiapopular.com/adolescente.htm. Depresión en la adolescencia. (Revisado 15/10/2003).
6. Normas de Abordaje del Suicidio en Nicaragua, Managua 1997, Pág. 1-10.
7. Ministerio de Salud de Nicaragua SINEVI 2003.
8. Ministerio de Salud Boletín Epidemiológico. Lesiones Auto infligidas semana 39 año 2004.
9. Lafete Trebejo LA: Comportamiento del suicido en Ciudad de la Habana intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Enfermería 2000;16 (2):78-87
10. Arlaes Nápoles L., Hernández Sorí G., Álvarez Concepción D, et al. Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev. Cubana Med Integra 1998,14(2):122-6
11. Sheidman E. Tratado de psiquiatría Suicidio. En fredman A. La Habana 1984;3:1954
12. Rocha N, Vanegas J, Dávila E; Condiciones asociados al suicidio en jóvenes de 15 a 34 años en 6 departamentos seleccionados de Nicaragua 1998.
13. Chávez M, Chávez O; Principales causas asociadas con la conducta suicida de pacientes atendidos en el Hospital Regional Cesar Amador Molina de Matagalpa en el periodo de abril a septiembre del 2000.

14. Narváez S, Morales A; Comportamiento suicida y genero en pacientes de 15 a 44 años en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de agosto 2001 a abril del 2002.
15. Prada DB, Evangelista M, Piola JC. Tentativas de suicidio con tóxicos en adolescentes en Rosario, Argentina. 1990-1998. Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños (Sertox)...
16. López E, Vergara J, Barreto A; Suicidio de adolescentes caleños en el fin de milenio
17. Reyes W, Alonso A, Factores Epidemiológicos y Psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev. Cubana Med: Gen Integra 2001; 17 (2): 155-63.
18. Disponible en URL:[http://usuarios.lycos.es/igonal/suicidio,htm](http://usuarios.lycos.es/igonal/suicidio.htm)...El suicidio.(Revisado 2/11/2003)
19. Desjarlais R; Salud Mental en el Mundo (OPS 1997) Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; Suicidio Pág. 95-126
20. Harrison; Medicina Interna Harrison Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Animo.
21. Bobes JG; Prevención de las conductas Suicidas y Parasuicida .Masson.S.A Barcelona España.1998, Pág. 5-11.
22. Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC, OPS. Oficina Regional para las América de la organización Mundial de la Salud 2002.
23. Reducing Suicide: a national Imperative/SK.
24. Herrera A; suicide behavior and sexual abuse, among women and men 25-44 years old, Leon, Nicaragua, 1999.
25. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. (<http://www.uninet.edu/tratado/indautor.htm>)
26. Ministerio de Salud Nicaragua (2002); Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes, Centro Nacional de toxicología. Ed. Managua.
27. Martínez Alberto; Intentos de suicidios admitidos en el Hospital de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes. Managua, Nicaragua durante el periodo agosto 2003 a diciembre 2005.

28. Normas de Abordaje del Suicidio en Nicaragua, Managua 1997, Pág. 1-10.
29. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Prevención de la Violencia, nota técnica № 7, 2000. Pág. 1-7
30. Bobes JG; Prevención de las Conductas Suicidas y Parasuicidas, op. cit., Pág. 13-19- 47-52- 59-65-75- 84-105.
31. Rocha Castillo Comportamiento Epidemiológico del Intento de Suicidio Atendidos en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello. León, Nicaragua, Enero 2000 – Diciembre 2001
32. Caldera Trinidad. Mental Health in Nicaragua. With special reference to psychological trauma and suicidal behaviour. 2004
33. Sistema de información estadística. Hospital Psiquiátrico Nacional. Managua 2003.

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Años de vida de una persona desde el nacimiento.	Adolescente Adulto joven Adulto maduro Vejes	De 15 a 20 años. De 21 a 30 años. De 31 a 50 años. Mayor de 51 años
Sexo	Característica genotípica y fenotípica que determinan a una persona.	Masculino. Femenino.	
Procedencia	Lugar de origen Habitual y actual al momento del estudio.	Urbano. Rural. Urbano marginal.	
Escolaridad	Grado académico alcanzado	Primaria. Secundaria. Técnico. Universitario Profesional. Ninguna	
Ocupación.	Tipo de actividad laboral que realiza actualmente.	Ama de casa Estudiante Técnico. Comerciante Agricultor Ninguna.	
Estado Civil	Condición de cada individuo con relación a los derechos y deberes civiles.	Soltero. Casado. Acompañado. Viudo.	

Objetivo 1. Continuación...

Variable	Definición	Indicador	Escala
Existencia de hijos.	Procreación de hijos durante su vida sexual reproductiva.	Si No	
Fecha del intento de suicidio.	Periodo de 24 horas/Día de la semana, cada una de las 12 partes del año, en que se provoco la lesión.	Día de la semana. Mes del año.	Lunes a Domingo. Enero a diciembre.
Hora del intento de suicidio.	Lapso de tiempo comprendido en las 24 horas del día en que se provoco la lesión	Mañana Tarde Noche	00:00 a 12: 00 horas. 13:00 a 18:00 horas. 19:00 a 24:00 horas.
Lugar de ocurrencia del intento de suicidio.	Espacio físico donde la persona se encontraba al momento de provocarse la lesión.	Domicilio Fuera del domicilio	
Intento de suicidio	Acto mediante el cual un individuo utiliza un método para quitarse la vida y acude al hospital con vida.	Diagnostico de Intento de Suicidio.	

Objetivo 2. Identificar los Factores Sociales, Biopsicologicos y Económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados.

Variable	Definición	Indicador	Valor
Factores sociales	Situación social en que vive el individuo en la comunidad.	Conflictos de familia: Conflictos Conyugales y violencia intrafamiliar. Auto estima Baja. Alcoholismo. Drogadicción. Abuso Sexual. Abuso Físico. Problemas con la justicia.	Presencia. Ausencia.
Factores biopsicologicos	Predisposición de cada individuo a la situación de problemas.	Enfermedades crónicas. Discapacidad. Depresión. Frustración. Ansiedad. Conducta impulsiva. Fallecimiento de un familiar. Antecedente de intento suicida.	Presencia. Ausencia.
Factores económicos	Situación financiera que vive cada uno de los pacientes con conducta suicida.	Deuda. Desempleo. Bajo salario. Otros.	Presencia. Ausencia.

Objetivo 3. Identificar las circunstancias asociadas y el método utilizado en los pacientes atendidos.

Variable	Definición	Indicador	Valor
Circunstancias asociadas	Signos y Síntomas presentados o referidos por el paciente a su ingreso que demuestren uso de alcohol o algún tipo de droga ilegal registrado en expediente clínico.	Uso de alcohol. Uso de droga ilegal.	Si No
Método utilizado.	La manera que utilizo el paciente para provocarse la lesión.	Arma de fuego. Arma Blanca. Ahorcamiento. Ahogamiento. Sobre dosis de medicamentos. Envenenamiento. Otros. No sabe.	Si No

Objetivo 4. Valorar el manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de salud.

Variable	Definición	Indicador	Valor
Tratamiento Medico-quirúrgico no psicoterapéutico.	Atenciones prestadas para la estabilización hemodinámica según protocolos de manejo en el paciente ingresado por intento de suicidio de acuerdo a etiología desencadenante.	Protocolo de manejo de intoxicación por fosfinas Protocolo de manejo de intoxicación por órganos fosforados Protocolo de manejo de intoxicación medicamentosa Técnicas quirúrgicas.	Adecuado Inadecuado
Tratamiento Medico Psicoterapéutico	Abordaje Psicoterapéutica intrahospitalaria durante su ingreso y seguimiento extrahospitalario a su egreso según las normas de atención del paciente con intento de suicidio.	Valoración intrahospitalaria. Seguimiento extrahospitalario: Consulta externa del Hospital Roberto Calderón Referido a Hospital Psiquiátrico Referida atención primaria Otros	Adecuado Inadecuado
Condición al egreso.	Forma en que egreso el paciente de la unidad hospitalaria.	Fuga Abandono Fallecido Alta. Referido a otra unidad.	Si No



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



Este instrumento recolecta la información documentada en el expediente clínico de los pacientes ingresados por intento de suicidio en el Hospital Roberto Calderón G. durante el periodo comprendido de enero del 2004 a diciembre del 2005 para fines de investigación científica.

I. DATOS GENERALES:

1. Número de expediente: 2. Fecha: 3. Ficha No:

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Nombre:
2. Edad:años cumplidos.
3. Sexo: 1. Masculino ☐ 2. Femenino ☐
4. Procedencia: 1. Urbana ☐ 2. Rural ☐ 3. Urbano-marginal ☐
5. Dirección:
6. Escolaridad: 1. Primaria ☐ 3. Técnico ☐ 5. Profesional ☐
2. Secundaria ☐ 4. Universitario ☐ 6. Ninguna ☐
7. Ocupación: 1. Ama de casa ☐ 2. Técnico ☐ 3. Profesional ☐
4. Otros ☐ 5. Ninguna ☐
8. Estado civil: 1. Soltero ☐ 2. Casado ☐ 3. Acompañado ☐ 4. Viudo ☐
9. Número de hijos:
10. Fecha de la lesión:
11. Hora de la lesión: ☐ AM ☐ PM
12. Lugar donde ocurrió el hecho: 1. Casa ☐ 2. Escuela ☐ 3. Calle ☐
4. Trabajo ☐ 5. Otros ☐

III. FACTORES ASOCIADOS:

III. A. Factores sociales:

A.1. Conflictos de familia:

A.1. a. Existencia de conflictos conyugales: Si----- No-----

A.1.b Presencia de Violencia intrafamiliar: Si: No:

A.2. Autoestima Baja: Si: No:.....

A. 3. Alcoholismo: Si:..... No:

A.4. Drogadicción: Si:..... No:.....

A.5. Abuso sexual: Si:.....No:.....

A.6. Abuso físico: Si: No:.....

A.7. Problemas con la justicia: Si:..... No:

III. B. Factores Bio-psicológicos:

B.1 Enfermedades crónicas: Si: No:

B.2 Discapacidad: Si: No:

B.3 Depresión: Si: No:

B.4 Frustración: Si: No:

B.5 Ansiedad: Si: No:

B.6 Conducta Impulsiva: Si: No:

B.7 Muerte familiar: Si: No:

Si la respuesta es si especifique según las opciones:

☐ Madre ☐ Padre ☐ Espos(a) ☐ Hijo (a)

B.8 Antecedente de intento suicida previo: 1. ☐ 2. ☐ 3 o mas. ☐

Ninguno ☐

III.C. Factores económicos:

☐ Deuda ☐ Desempleo ☐ Bajo Salario ☐ Otros

IV. CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS Y METODO UTILIZADO:

IV. A. Circunstancias asociadas:

A.1. Uso de alcohol: Si: No:

A.2. Uso de drogas: Si: No: ...

IV. B. Método:

- ☐ Disparo ☐ Cortadura ☐ Fuego ☐ Ahorcamiento ☐ Ahogamiento
- ☐ Sobredosis de medicamento ☐ Envenenamiento ☐ Explosión
- ☐ Lanzamiento al vacío ☐ Otro ☐ No sabe

V. MANEJO CLINICO DEL PACIENTE:

V. a. Tratamiento Medico Quirúrgico:

1. Protocolo de manejo de intoxicación por fosfinas ☐
2. Protocolo de manejo de intoxicación por órganos fosforados ☐
3. Protocolo de manejo de intoxicación medicamentosa ☐
4. Técnicas quirúrgicas ☐

V. b. Tratamiento Medico Psicoterapéutico: Si.....No.....

1 Valoración psicoterapéutica intrahospitalaria durante su ingreso:
Si.....No.....

2. Seguimiento psicoterapéutico extrahospitalaria posterior a su egreso:
Si.....No.....

Si la respuesta es positiva especifique según las opciones:

- ☐ Consulta externa del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez.
- ☐ Referido a Hospital Psiquiátrico
- ☐ Referido atención primaria
- ☐ Otros.

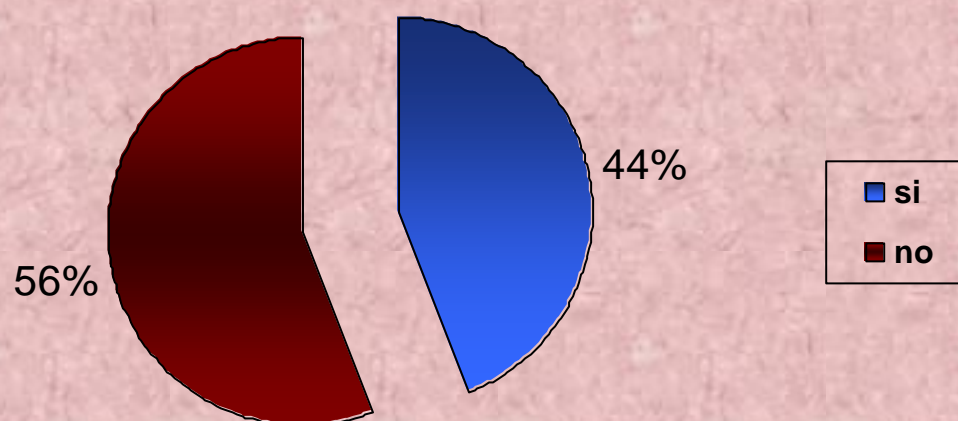
V. d Condición al egreso: 1. Fuga ☐ 2. Abandono ☐ 3. Fallecido ☐
4. Alta ☐ 5. Referido a otra unidad ☐

TABLA NO 1.
INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO
DEMOGRÁFICAS. HOSPITAL ROBERTO CALDERÓN G.
MANAGUA. 2004 A 2005.

CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRUPOS DE EDAD:		
<i>15 a 20 años</i>	24	30 %
<i>21 a 30 años</i>	34	43 %
<i>31 a 50 años</i>	11	14 %
<i>51 a más</i>	10	13 %
SEXO:		
<i>Femenino</i>	37	47 %
<i>Masculino</i>	42	53 %
PROCEDENCIA:		
<i>Rural</i>	23	29 %
<i>Urbana</i>	48	61 %
<i>Urbano Marginal</i>	8	10 %
ESCOLARIDAD:		
<i>Primaria</i>	38	48 %
<i>Secundaria</i>	25	31 %
<i>Técnico</i>	2	3 %
<i>Universitaria</i>	4	5 %
<i>Profesional</i>	3	4 %
<i>Ninguna</i>	7	9 %
OCUPACIÓN:		
<i>Ama de casa</i>	16	20 %
<i>Estudiante</i>	17	22 %
<i>Técnico</i>	8	10 %
<i>Comerciante</i>	15	19 %
<i>Agricultor</i>	8	10 %
<i>Ninguna</i>	15	19 %
ESTADO CIVIL:		
<i>Soltero</i>	45	57 %
<i>Casado</i>	13	17 %
<i>Acompañado</i>	16	20 %
<i>Viudo</i>	5	6 %
TOTAL	79	100 %

Fuente: Expediente Clínico.

GRAFICO NO 1.
INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN EXISTENCIA DE HIJOS.
HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.



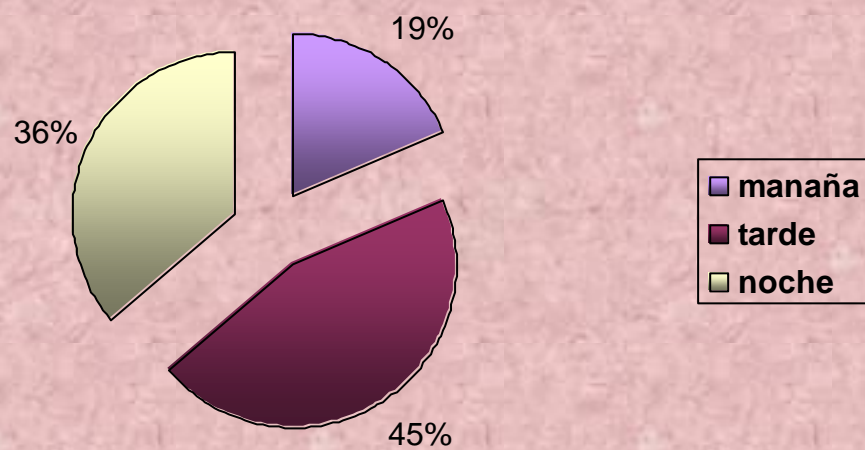
Fuente: Tabla No 2.

TABLA NO 3.
INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN FECHA DE OCURRENCIA.
HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.

FECHA	FRECUENCIA	%
DÍAS		
<i>Lunes</i>	16	20
<i>Martes</i>	7	9
<i>Miércoles</i>	8	10
<i>Jueves</i>	10	13
<i>Viernes</i>	10	13
<i>Sábados</i>	11	14
<i>Domingos</i>	17	21
MESES		
<i>Enero</i>	7	9
<i>Febrero</i>	3	4
<i>Marzo</i>	8	1
<i>Abril</i>	11	14
<i>Mayo</i>	5	6
<i>Junio</i>	8	10
<i>Julio</i>	3	4
<i>Agosto</i>	4	5
<i>Septiembre</i>	8	10
<i>Octubre</i>	8	10
<i>Noviembre</i>	10	13
<i>Diciembre</i>	4	5
TOTAL	79	100

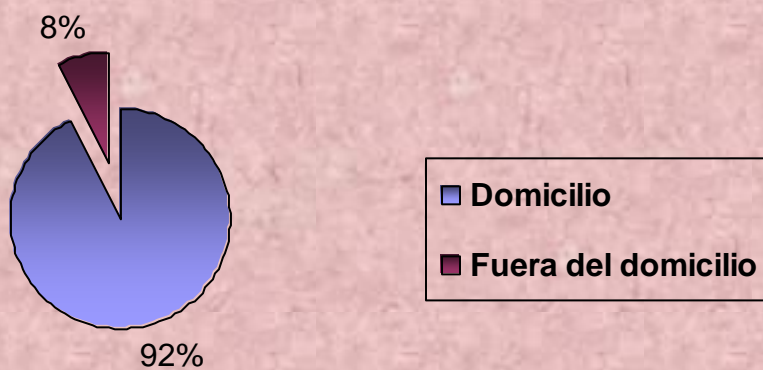
Fuente: Expediente Clínico.

GRAFICO NO 2.
INTENTO DE SUIDIO, SEGÚN LA HORA DE
OCURRENCIA. HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.



Fuente: Tabla NO 4.

**GRAFICO NO 3.
INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN LUGAR DE
OCURRENCIA. HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.**



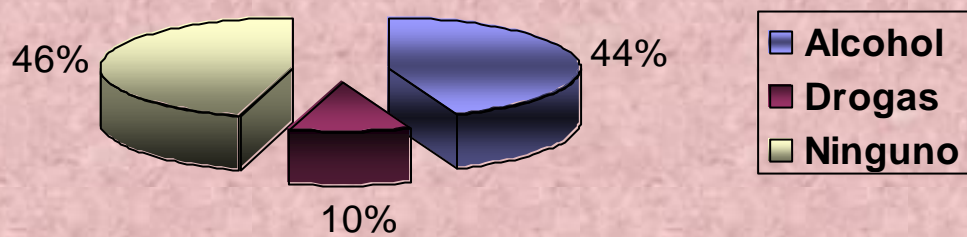
Fuente: Tabla NO 5.

CUADRO NO 1.
INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN FACTORES ASOCIADOS.
HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOCIALES:		
<i>Conflictos Conyugales</i>	43	60 %
<i>Violencia intrafamiliar</i>	29	40 %
<i>Autoestima Baja</i>	25	32 %
<i>Alcoholismo</i>	30	40 %
<i>Drogadicción</i>	9	11 %
<i>Abuso sexual</i>	5	6 %
<i>Abuso físico</i>	5	6 %
<i>Problemas con la justicia</i>	1	1 %
BIOPSICOLOGICOS:		
<i>Enfermedades crónicas</i>	16	20 %
<i>Discapacidad</i>	1	1 %
<i>Depresión</i>	44	56 %
<i>Frustración</i>	4	5 %
<i>Ansiedad</i>	6	8 %
<i>Conducta impulsiva</i>	3	4 %
<i>Muerte de un familiar</i>	2	3 %
<i>Antecedente de intento suicida previo</i>	16	20 %
<i>1</i>	12	15 %
<i>2</i>	2	2.5 %
<i>3</i>	2	2.5 %
ECONÓMICOS:		
<i>Desempleo</i>	12	15 %
<i>Bajo salario</i>	1	1 %

Fuente: Expediente Clínico.

**GRAFICO NO 4.
INTENTO DE SUICIDIO SEGUN CIRCUNSTANCIAS
ASOCIADAS. HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.**



Fuente: Tabla NO 7.

TABLA NO 8.
INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN METODO.
HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.

MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sobredosis de medicamento	30	38 %
Envenenamiento	49	62 %
Fosfinas	44	56 %
Órgano fosforados	5	6 %
TOTAL	79	100 %

Fuente: Expediente Clínico.

CUADRO NO 3.
INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN MANEJO CLINICO.
HOSPITAL ROBERTO CALDERON G.
MANAGUA. 2004 A 2005.

A. TRATAMIENTO MEDICO-QUIRUGICO		
A.1 INTOXICACION POR FOSFINA.		
No de Px intoxicados	No de Px tratados según Protocolo.	Porcentaje
44	44	100%
A.2. INTOXICACION POR ORGANOS FOSFORADOS.		
No de Px intoxicados	No de Px tratados según Protocolo.	Porcentaje
5	5	100%
A.3 SOBREDOSIS MEDICAMENTOSA.		
No de Px	No de Px tratados según Protocolo.	Porcentaje
30	30	100%
B. TRATAMIENTO MEDICO PSICOTERAPEUTICO.		
B.1 VALORACION INTRAHOSPITALARIA.		
No Px ingresados	No de Px tratados según las Normas.	Porcentaje
79	38	48%
B.2 SEGUIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO.		
No Px dados de alta	No de Px tratados según las Normas.	Porcentaje
47	36	77%
C. CONDICION DE EGRESO.		
	No de Px	Porcentaje
1. Fuga	2	2%
2. Abandono	5	6%
3. Fallecido	25	32%
4. Alta	47	60%
TOTAL	79	100%

Fuente: Expediente Clínico.